

DC Healthy Families

Because some of the best things in life are free.



Llame al

Call 1-888-557-1116

TDD/TTY 1-877-6-PARENT

(Para personas con problemas de audición.)

RESPONSABILIDADES

Entiendo que talvez me pidan que provea/de pruebas de la información que he dado en esta aplicación. Mi firma en esta solicitud otorga el permiso para verificar esta información. Si niego permiso o rehusa dar pruebas, entiendo que mi aplicación para participar en el programa de DC Healthy Families (Medicaid o Asistencia Médica) podrá ser negada.

Debo afiar información completa, exacta, y verdadera. Si rehusa dar la información necesaria, es posible que se me niegue la ayuda que solicito. Si doy información falsa, incorrecta, or incompleta deilberadamente o no notifico sobre los cambios ocurridos a la información del sometida, yo puedo perder mis beneficios y ser procesado por fraude, multado y llevado a la cárcel, o ambas cosas.

Entiendo que como condición de elegibilidad del programa, me podran pedir cooperar con la oficina de *Income Maintenance Administration (IMA)* y obtener un número de seguro social (SSN), número de inmigración, o mí identificación para el pago de impuestos para las personas por las cuales estoy solicitando asistencia. Esta información se utilizara para verificar beneficios y hacer los cambios requeridos al programa. Cualquier diferencia entre la información sometida y la contenida en los registros sera investigada y puede que requiera una visita a mi hogar. La información contenida en estos registros puede que afecte mi participación y la de las personas por la cual estoy solicitando.

Entiendo que el *Department of Human Services (DHS)* [Departamento de Servicios Sociales], verificará la información que yo he provisto mediante el sistema informático de comparación. No se requiere mi permiso para esto. Durante este proceso, el Departamento se ocupará de proteger mis derechos de confidencialidad.

Entiendo que debo notificar cualquier cambio en mi situación que pueda afectar mi participación en el programa. Estoy de acuerdo con informar sobre tales cambios dentro de 10 días después de que tales cambios ocurran.

Entiendo que el Programa de Asistencia Médica podrá elegir mi caso para una revisión del Control de Calidad. Esta es una revisión detallada de toda la información en el registro del caso y puede incluir algunas entrevistas personales. Estoy de acuerdo en cooperar totalmente con los representantes estatales o federales del Control de Calidad. Si no coopero, mis beneficios de Asistencia Médica podrán ser cancelados.

Entiendo que si califico para participar en el programa de asistencia médica (Medical Assistance) tendré que utilizar otros de mis recursos disponibles tales como: mi seguro de salud, Medicare, Blue Cross/Blue Shield, seguro de servicio militar y las instalaciones médicas militares antes de utilizar mi cobertura bajo el programa de Medical Assistance.

Entiendo que al firmar esta aplicación estoy otorgando al Departamento de Salud (DOH) el derecho a cualquier pago de tercer parte por individuo o de beneficios del seguro de salud, por todos los gastos médicos o parte de ellos, que el departamento haya incurrido por la atención médica y tratamiento que se haya provisto o pagado como asistencia medica. Además, si inicio un procedimiento judicial contra un tercero o entro en negociaciones de contrato con el mismo, eberé proveer dentro de un periodo de 20 días (calendario) una notificación por escrito sobre dicha acción, bien por medio de un servicio personal o por correo certificado, a *Medical Assistance Administration, Third Party Liability Section, 33 N Street, N.E. Washington, DC 20002*.

Entiendo que firmando esta aplicación estoy aceptando responsabilidad por la misma y también seré responsable por las sanciones judiciales si he dado información falsa o que induzca a errores. Estoy de acuerdo con no retener información y con comunicar prontamente los cambios que ocurran. Entiendo que la máxima penalidad por fraude hacia el Medicaid es una multa de \$1,000 y una sentencia de encarcelación de tres años.

DERECHOS

Entiendo que bajo ley federal, se determinará dentro de 45 días si califico para recibir beneficios médicos.

Entiendo que si estoy recibiendo los beneficios bajo el programa de DC Healthy Families (Medicaid) y doy a luz, mi bebé recibirá beneficios médicos durante un año si el bebé sigue viviendo conmigo y si somos residentes del Distrito de Columbia.

Entiendo que si creo haber sido discriminado debido a mi raza, color, origen nacional, incapacidad mental o física, o por cualquier otra razón, podré presentar una queja durante los siguientes 180 días, al Departamento de los Servicios Humanos de D.C.

Entiendo que si no estoy satisfecho con alguna acción de Departamento de los Servicios Humanos de D.C. o el Departamento de Salud, podré solicitar el tener una audiencia justa llamando a la *Office of Fair Hearings* al (202) 724- 5432.

Entiendo que si he estado en el programa de asistencia médica de Medicaid en cualquier momento antes de el 20 de marzo de 1990, es posible que tenga derecho a recibir el pago por aquellos gastos que haya incurrido por medicamentos con receta, visitas al médico u hospitalización. Para obtener más información, puedo llamar al Medicaid Recipient Claims Research Team del Medical Assistance Administration al (202) 727- 0725 o a Terris, Pravlik & Wagner, 1121 12th Street, N.W., Washington, DC 20005 al (202) 682- 0578

EPSDT/PROGRAMA WELL-CHILD

El Programa Well- Child proporciona chequeos médicos y tratamiento gratis a los niños menores de 21 años de edad quienes pueden participar en Medicaid. El programa es muy importante y se puede obtener de cualquier médico o clínica que participa en el programa Medicaid; también ofrece ayuda con la programación de visitas al médico y provee transporte a la consulta médica. Para conseguir estos beneficios llame al 1- 888- 557- 1116 y para obtener mayor información sobre el programa llame al (202) 727- 0725.

POR FAVOR SEPARE Y GUARDE ESTA PÁGINA. LLENE Y FIRME LA APLICACIÓN. INCLUYA COPIA/PRUEBA QUE USTED VIVE EN LE DISTRITO DE COLUMBIA, Y ENVIELA A:

DC Healthy Families
ATTN: DC Healthy Families Unit
645 H Street, N.E.
Washington, DC 20002

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA APLICACIÓN PARA DC HEALTHY FAMILIES

ASEGURESE DE LEER ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

Si usted es una familia de uno o más niños menores de 19 años de edad, puede utilizar esta aplicación para **aplicar** a:

- ♣ **Familias Saludables de DC (Medicaid o Asistencia Médica)**

QUIÉN NO DEBE COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

Si usted pertenece a una de las siguientes categorías, no debe utilizar esta aplicación o "formulario corto" para solicitar participación en el programa de asistencia médica "Medical Assistance." Usted debe completar una solicitud regular de Medicaid.

- ♣ Adultos sin hijos
- ♣ Individuos incapacitados o de edad avanzada
- ♣ Beneficiarios de Medicare

CÓMO COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

Si necesita asistencia para completar esta aplicación, llame al 1- 888- 557- 1116, o preguntele a un amigo, pariente, u otro individuo por ayuda. Si esta completando esta aplicación para alguna otra persona, responda a cada pregunta como si usted fuera esa persona. Si necesita cambiar la respuesta, escriba la información correcta al lado y ponga sus iniciales y la fecha junto a los cambios. Si su petición es para participar en el programa de Familias Saludables de DC, y usted es menor de 21 años de edad y vive con sus padres o guardián legal, estos deberán firmar la aplicación por usted.

DOCUMENTOS REQUERIDOS CON LA APLICACIÓN

Esta aplicación **debe** estar acompañada con **copias** de los siguientes documentos para cada persona por la cual está solicitando beneficios: (Adjunte copias de los documentos solamente).

Prueba de residencia en el Distrito de Columbia (tal como una copia de su declaración de ingresos o *Earned Income Credit Form* (Formulario de Crédito de Ingresos), cuenta de teléfono o servicio público con su dirección, una copia del contrato de arrendamiento, factura de renta, la licencia de conducir válida del Distrito de Columbia o la tarjeta del registro de votación).

Prueba de los ingresos ganados en un mes antes de la fecha de aplicación. Por ejemplo, si recibe su paga:

- ♣ semanalmente, necesitamos cuatro recibos de los pagos más recientes.
- ♣ cada dos semanas, necesitamos dos recibos de los pagos más recientes.
- ♣ mensualmente, necesitamos el recibo del pago más reciente.

Prueba del Número de Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) o Prueba que se ha solicitado. Por ejemplo, una copia de:

- ♣ Tarjeta de Seguro Social.
- ♣ Documentos de los beneficios del Seguro Social mostrando el SSN
- ♣ Otros informes de beneficios estatales o federales que muestren el SSN.
- ♣ Solicitud del SSN (SS- 5).

Prueba de los gastos incurridos en el cuidado de dependientes o persona(s) a su cargo (tales como un cheque cancelado, una cuenta, un informe o recibo del proveedor mostrando el nombre de quien recibió el servicio, costo del cuidado y el período durante el que se proporcionó).

INSTRUCCIONES GENERALES

Las instrucciones siguientes le ayudará a completar la aplicación.

1. Escriba con letra de imprenta; las respuestas ilegibles causará un retraso en el proceso de su aplicación.
2. Si usted tiene problemas de audición, tiene acceso al servicio para personas con dificultades auditivas (TDD/TTY por sus siglas en inglés) y si necesita ayuda llenando esta aplicación, llame al 1- 877- PARENT.
3. Incluya páginas adicionales si necesita más espacio para completar alguna sección de esta aplicación.
4. Lea detenidamente la sección titulada SUS RESPONSABILIDADES Y DERECHOS y firme la aplicación.

INSTRUCCIONES DE PASO A PASO

PARTE I: APLICACIÓN PARA SEGURO DE SALUD

Pregunta 1: Si es padre, madre, guardián legal, abuelo o abuela, puede solicitar beneficios a nombre del niño quien está bajo su custodia. Si es padre, madre, guardián legal, abuelo o abuela, usted puede solicitar beneficios para sí mismo.

Pregunta 2: El "familia" se refiere a los padres, cónyuges y/o guardianes legales, y las personas dependientes quienes residen con ellos y por quienes usted proporciona ayuda económica. Todos los miembros de la familia forman parte del tamaño de la familia, inclusive si no todos los miembros de la familia solicitan beneficios. Usted no tiene que proporcionar el número de seguro social (SSN) de ninguna persona por la cual no solicita beneficios.

Por favor incluya uno de los códigos que se muestran a continuación en la columna titulada "raza".

Código 1: Blanco (sin origen hispano/latino)

Código 2: Negro (sin origen hispano/latino)

Código 3: Asiático o de las islas del Pacífico.

Código 4: Indio norteamericano o nativo de Alaska

Código 5: Hispano/Latino

Pregunta 3: "Ingresos brutos" se refiere a la cantidad de dinero que gana en su empleo antes de la reducción de impuestos. Si usted es trabajador independiente (self employed) y no tiene un número de identificación por razones de impuestos, provea/de una carta de individuos o las compañías, de ambos, para los que trabaja. Incluya también la dirección y el número de teléfono de los individuos/compañías.

Pregunta 4: Provea/de información sobre todo tipo de ingresos obtenidos por fuentes otras que su empleo.

Pregunta 5: Provea/de información mensual sobre gastos incurridos en el cuidado de dependientes or adultos (adulto que no se puede cuidar a sí mismo) que viven con usted. Estos gastos han sido incurridos para que usted u otra persona en su familia puede trabajar. Por favor incluya información acerca de la persona quien provee el cuidado y prueba de los gastos incurridos durante un mes. (Proporcionando esta información podría ayudar a que su familia califique.)

Pregunta 6: "Cobertura retroactiva" significa que el programa pagará sus cuentas médicas pendientes hasta tres meses antes de la fecha de la solicitud de beneficios del seguro bajo el programa Familias Saludables de DC.

Pregunta 7: Provea/de esta información para cada niño por el cual solicita beneficios. Si usted no provee esta información, esto no afectará la elegibilidad de su niño, como sea, esto podría afectar la elegibilidad de los padres a menos que el a ella tenga una buena razón para no proveer la información. Un ejemplo de una buena razón es miedo de mal físico, sexual o emocional a usted or sus niños.

Pregunta 8: Provea/de esta información para cada persona por la cual solicita beneficios y quien tiene cobertura de seguro médico. (Tener seguro médico no les impide calificar en DC Healthy Families.)

Pregunta 9: Provea/de esta información para toda persona por la cual esta aplicando para cobertura.

Pregunta 10: Esta pregunta se hace solamente por motivos de investigación. Su respuesta no tendrá consecuencias en la determinación del cumplimiento de requisitos para la participación en el programa.

PARTE 2: PREGUNTAS PARA INMIGRANTES

Si su respuesta es Sí a la pregunta 9 en la Parte 1 de esta aplicación, también tendrá que completar la Parte 2.

Toda la información solicitada se debe proveer, inclusive los números de la tarjeta de inmigración (si es aplicable). No es necesario incluir copia de estos documentos, pero la información provista en esta aplicación será verificada. Toda la información concerniendo su estado de inmigración será mantenida confidencial.



DC Healthy Families

Porque de las mayores cosas de la vida son gratis.

1-888-557-1116

PARTE 1: SOLICITUD PARA EL SEGURO DE SALUD

POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES ADJUNTAS ANTES DE COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

Esta aplicación es una declaración de datos sobre usted y las personas en su hogar quienes necesitan seguro médico. Usted debe responder a todas las preguntas antes que podamos determinar si podemos ayudarle. Si necesita ayuda completando esta aplicación, llame al 1-888-557-1116. Por favor escriba con letra de imprenta.

Recibi asistencia para: Personal de la línea directa Representante de la comunidad Nadie
 Completar esta aplicación de? Otro (identificar) _____ Está satisfecho con la ayua que recibió? Sí No

1. Padre, madre, o guardián legal quien está completando esta aplicación.

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
Dirección de domicilio		Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección para correspondencia		Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo		Teléfono para mensajes	

2. Personas en su familia (mire número 2 la pagina de instrucciones).

Nombre (apellido, primer y segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Género (F/M)	Raza (Codigo) (opcional)	Embarazada (si o no)	Relación con usted	Relación con su esposo	Solicitando beneficios (si o no)	Número de Seguro Social (solamente para los que quieren obtener beneficios). Si la persona por la que usted quiere beneficios no posee un número de seguro social, ponga una marca "X" en la casilla.

3. Incluya todos los ingresos de empleo obtenidos antes de la deducción de impuetos de usted y del resto de los miembros adultos de su familia (si es trabajador independiente, vea las instrucciones para responder a esta pregunta).

Sus ingresos brutos	Ingresos brutos de padres u otro miembro adulto se su familia
Cantidad ganada: \$ _____ <input type="checkbox"/> Sin ingreso (circule uno) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Horas trabajadas cada semana: _____	Cantidad ganada: \$ _____ (circule one) <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual Horas trabajadas cada semana: _____
Nombre y número de telfono de su empleador: Si es trabajador independiente, ponga una marca aquí y provea/de su número de identificación de impuestos. Si usted no tiene un número de identificación de impuestos, escriba un parrafo describiendo su empleo y ingresos y incluyalos con su aplicacion. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____ TRABAJADOR INDEPENDIENTE	Nombre y número de telfono de su empleador: Si es trabajador independiente, ponga una marca aquí y provea/de su número de identificación para los impuestos. Si usted no tiene un numero de identificación de impuestos, escriba un parrafo describiendo su empleo y ingresos y incluyalos con su aplicación. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____ TRABAJADOR INDEPENDIENTE

4. Incluya el resto de los miembros de su familia (incluyendo los ingresos de usted, de su esposo o esposa y sus niños).

Fuente de ingresos	Quién recibe estos ingresos?	Cantidad de los ingresos	Con que frecuencia reciben Estos ingresos? (e.j. semenal, annual)
Pensión para niños (Child Support)		\$	
Pensión tras divorcio (Alimony)		\$	
Beneficios de Seguro Social		\$	
SSI		\$	
Seguro de compensación por accidents laborales (Worker's Compensation)		\$	
Otro (especifique)		\$	

5. Si usted persona en su familia paga por cuidado especial para una persona a su cargo (como cuidado de guardería infantil o atención a un adulto quien no se puede cuidar por sí mismo) para poder trabajar, por favor denos la siguiente información. (Proporcionando esta información podria ayudar a que su familia califique.)

Nombre de las persona quien trabaja	Persona(s) quien(es) reciben atención	Cantidad del Pago mensual	Nombre del proveedor que ofrece la atención	Telefono del proveedor de Cuidados de Guarderia infantil

(Circule uno)

6. Hay alguna persona por la cual solicita beneficios con cuentas médicas pagadas o pendientes por los últimos 3 meses (ej.: cuentas de hospitalización, de médicos y de redetas medicas)? Si responde "Sí", nosotros podriamos ser capaces de ayudar a pagar estas cuentas. Llame al DC Healthy Families Unit al (202) 698-4200.

[] Sí [] No

7. Por favor provea/de información sobre padres ausentes o fallecidos del niño por el cual solicita beneficios. Si usted no provee esta información, esto no afectara la elegibilidad de su niño; como sea, esto podria afectar la elegibilidad de los padres a menos que el o ella tenga una Buena razon para no proveer la información. (Mire número 7 en la pagina de instrucciones por ejemplos de buenas rezones.) Si usted cree que tiene una Buena razon, ponga una marca aquí .

Nombre el niño (apellido y nombre)	Nombre del padre o la madre ausente o fallecido	Ausente (A) o fallecido (F)?	Securo Social (SSN) del padre o la madre	Ultima dirección conocida	Género (M/F)	Fecha de allecimiento

8. Tiene otro seguro de salud la persona por la cual está solicitando beneficios? Si responde "Sí", por favor provea/de las siguiente información: Tener seguro médico no les impide calificar en DC Healthy Families.)

[] Sí [] No

Nombre del (de los) solicitante(s) con seguro médico	Nombre del asegurado	Nombre y dirección de la compania de seguros	Número del grupo	Póliza, certificado y Seguro Social (SSN)

9. Son todas las personas quienes están solicitando beneficios ciudadanos estadounidenses? Si responde "NO", usted DEBE completar la Parte 2 de esta solicitud.

[] Sí [] No

10. Ha sido cancelado el seguro médico de los niños por la cual solicita beneficios, en los últimos tres meses? Si su respuesta es "Sí", era la cobertura através de Kaiser Kids?

[] Sí [] No
[] Sí [] No

Por medio de mi firma a continuación, yo certifico bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdad, completa, y correcta según mis mejores conocimientos. He leído y entendido los Derechos y Responsabilidades y la información sobre el Medicaid Well-Child Program impreso en la página 3 de esta aplicación.

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

(firma legal o marca "X")Firma del

testigo _____ Fecha: _____

(La firma de un testigo es requerida solamente si el solicitante firma con una marca de "X" en vez de su nombre).

